

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o 93

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 décembre 1896, à 1 heure

PAR

Joseph PONCET

Né à Mignovillard (Jura) le 6 Novembre 1869

SUR LA CONSTATATION

DES

BACILLES DE KOCH

DANS LES PREMIÈRES MANIFESTATIONS

DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. } DEBOVE, professeur
} ROGER ET ACHARD, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

93

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 décembre 1896, à 4 heure

PAR

Joseph PONCET

Né à Mignovillard (Jura) le 6 Novembre 1869

SUR LA CONSTATATION

DES

BACILLES DE KOCH

DANS LES PREMIÈRES MANIFESTATIONS
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM.

{	DEBOVE, professeur.
	ROGER ET ACHARD, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Phatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON ONCLE

LE DOCTEUR BOISCHIN

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE
PARIS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR GIRODE

Médecin des hôpitaux de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Membre de l'Académie de Médecine.
Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.
Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Les hasards de la clinique nous ont mis en présence de certains faits dont l'explication n'a pu être donnée que par la bactériologie.

Nous nous proposons d'exposer simplement ces faits, ne voulant en tirer comme enseignement, que si l'examen bactériologique est souvent muet, dans des cas où l'examen clinique démontre clairement l'existence de lésions constituées, il est des cas, plus rares il est vrai, dans lesquels les examens bactériologiques répétés ont permis un diagnostic qui ne pouvait être établi à ce moment par les signes fonctionnels.

Mais avant d'aborder cette étude, nous sommes heureux de trouver ici l'occasion de remercier ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux.

En médecine, MM. Lancereaux, Rigal et Barth.

En chirurgie, MM. le professeur Lannelongue et Jalaguier, MM. le professeur Verneuil et Reclus, M. le professeur Guyon.

En obstétrique, M. le professeur Pinard et M. Le-pagè.

Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer au début de nos études M. Hippolyte Martin dont l'enseignement scientifique, nous a été si profitable.

Nous gardons, par dessus tout, présent à l'esprit, le souvenir de notre regretté compatriote le docteur Girode, trop tôt enlevé à la science, dont les conseils affectueux nous ont été précieux pour nous initier aux recherches de laboratoire.

Enfin nous tenons à remercier M. le docteur Leray, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine pour l'obligeance, avec laquelle il a mis sa compétence à notre disposition dans la poursuite de cette étude.

Nous ne saurions trop témoigner notre profonde reconnaissance à M. le professeur Dieulafoy par l'extrême bienveillance dont il a fait preuve en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Quand Koch eut conclu du résultat de ses recherches, que l'on trouvait constamment dans l'affection tuberculeuse, des bacilles qu'il considérait comme caractéristiques, après le moment d'engouement propre à toute importante découverte, des contradicteurs essayèrent d'en atténuer la portée, annonçant qu'ils avaient cherché en vain ces bacilles dans des cas où cependant l'affection n'était pas douteuse. Koch eut facilement raison de ces critiques, en montrant à ses détracteurs que s'ils avaient échoué dans leurs essais, c'est qu'ils n'avaient pas su bien les conduire.

Depuis, l'expérience est venu confirmer les vues de Koch, et, dès longtemps, la nature parasitaire de la tuberculose est définitivement consacrée.

Partant de ces principes, on espéra dès lors restreindre l'extension de la maladie : puisqu'elle est provoquée par un microbe, que ce microbe se retrouve dans les produits expectorés, on pourrait faire le dia-

gnostic dès le début, instituer un traitement hâtif, le seul jusqu'à présent réellement efficace. Contrairement à ce que l'on admit longtemps, on tend, en effet de plus en plus, à admettre d'une façon générale, que la tuberculose est une maladie curable fréquemment, et même, pourrait-on dire, facilement curable ; les chances de réussite étant d'autant plus grandes qu'on s'attaque aux premières atteintes du mal.

De tous côtés la lutte est engagée ; des sanatoria, des hôpitaux spéciaux se sont ouverts, ou vont s'ouvrir, et l'on peut espérer que, dans un délai donné, avec les nouvelles prescriptions sanitaires, les nouvelles données hygiéniques, on verra diminuer le nombre des victimes de ce terrible minotaure.

Les conditions de succès résident beaucoup dans la précocité du diagnostic. Aussi, ne doit-on négliger aucun moyen pour arriver à ce résultat.

L'on sait l'extrême difficulté que l'on éprouve le plus souvent à reconnaître le début de la maladie ; si l'on se place en dehors de la recherche du bacille, seul critérium de la nature vraie de la maladie, et, que l'on s'en rapporte aux seuls signes physiques ou fonctionnels, on voit combien les premières constatations de cet ordre sont pour la plupart peu précises ou obscures, cachées ou déguisées.

On tiendra compte des causes prédisposantes, des stigmates de dégénérescence qui caractérisent l'indi-

vidu tuberculisable (Landouzy), conditions d'hérédité, de position, d'âge, de sexe, etc., et l'on interrogera les symptômes physiques.

Aux signes objectifs du début s'associent d'ordinaire, des signes fonctionnels ou subjectifs, qui ne concourent pas toujours à éclairer et, parfois même, obscurcissent le problème.

En effet, les rapports entre les signes physiques, donnant la mesure plus ou moins exacte de l'étendue et de la profondeur des lésions, et les signes subjectifs ou fonctionnels offrent constamment des rapports très déconcertants. Les particularités de cette discordance, qui se manifeste d'ailleurs pendant tout le cours de la phtisie, mais jamais peut être au même degré qu'au commencement, se résument dans les deux propositions suivantes ;

1^o Tantôt à peu de lésions, ou du moins à peu de signes objectifs, correspondent beaucoup de réactions symptomatiques, subjectives ou fonctionnelles ;

2^o Tantôt à beaucoup de lésions correspondent peu de réactions symptomatiques, subjectives ou fonctionnelles. (Hanot).

Parmi les premiers symptômes, on constate souvent un amaigrissement extrême, comparable, d'après Grisolle, à celui produit par le cancer de l'estomac ; une fatigue générale, brisement des membres, sensations pénibles dans les muscles du thorax ; douleurs

de la nuque, névralgies intercostales ou sciatiques, de la dyspnée, l'accélération du pouls.

D'ordinaire, la toux du début est peu marquée, sans caractère particulier. Quelques malades semblent ne pas s'en apercevoir, et disent ne pas tousser. On dirait aussi que, vaguement inquiets, ils redoutent de reconnaître ce symptôme menaçant, le dissimulent et finissent même, en se suggestionnant ainsi en quelque sorte, par l'oublier (Hanot).

Chez les individus nerveux, la toux est incessante, spasmodique, coqueluchoïde, en dehors de toute adéno-pathie trachéo-bronchique. Il arrive qu'elle s'accompagne de vomissements à chaque effort de toux.

L'intelligence se modifie elle-même : Morel et Marie ont observé alors l'hypochondrie, la mélancolie. La neurasthénie est fréquente ; chez les femmes, éclot même une véritable hystérie infectieuse qui rend compte des anesthésies et de ces hyperesthésies que l'on constate à la percussion des parois thoraciques.

Daremborg a constaté des troubles intellectuels, sans explication apparente, chez des individus qui sont devenus plus tard tuberculeux ; dans ces cas la tuberculose s'est rapidement accompagnée de tuberculose encéphalique ou méningée.

Chez les jeunes femmes et jeunes filles l'on remarque un état d'affaiblissement particulier, en disproportion apparente avec l'état local, caractérisé non plus par

une fébri-cachexie, une diathèse nerveuse, mais par une pseudo-chlorose qui diffère de la vraie chlorose par l'absence du bruit de diable dans les vaisseaux du cou, et aussi par le chiffre de l'hémoglobine qui, dans la chlorose vraie, tombe à 7 et 4 p. 100, tandis qu'il ne s'abaisse pas au-dessous de 9 p. 100 dans la chloro-anémie tuberculeuse.

Selon le professeur Hayem, dans l'anémie tuberculeuse, la valeur globulaire baisse, mais beaucoup moins que dans la chlorose ; elle est en moyenne chez la femme de 0, 75 au lieu de 0, 50 qu'on trouve dans cette dernière maladie ; chez l'homme elle est encore plus élevée. De plus la tuberculose en voie d'évolution s'accompagne toujours d'une certaine leucocytose qui est nulle dans la chlorose.

Il est à ce moment un autre retentissement très suggestif sur l'ensemble de l'économie : l'arrêt des règles chez la femme. Rien n'est plus saisissant que la suppression de la fonction capitale de l'ovulation, alors qu'il ne paraît possible de faire intervenir ces lésions des organes du petit bassin, qui indiquent d'ailleurs, dans certains cas une phthisie prochaine (Brouardel).

Quelquefois ce sont des troubles gastriques, qui paraissent les premiers, précédant de longtemps les troubles respiratoires ; quelquefois la maladie débute par une pleurésie (Landouzy).

Mais de tous les accidents précurseurs qui éclatent en pleine santé, le plus fréquent et le plus significatif est l'hémoptysie (Hanot).

- Certes toute hémoptysie n'est pas tuberculeuse, mais on ne devra l'attribuer à une cause étrangère à la tuberculose, que dans le cas où l'examen bactériologique du sang ou des crachats muco-sanguinolents qui suivent aura été négatif.

Le professeur Grancher, insiste d'une façon toute particulière sur le caractère rude et grave que revêt la respiration au début de la tuberculose pulmonaire ; ce symptôme ne prenant du reste de l'importance qu'autant qu'il est localisé en un point du poumon, particulièrement au sommet ; c'est une congestion pulmonaire, ou une bronchite localisée. ce qui est rare en dehors de la tuberculose.

Nous venons de faire une bien rapide revue des symptômes divers qui peuvent marquer le début de la phtisie ; leur grand nombre et la valeur toute relative que l'on doit accorder à chacun d'eux, montrent combien le diagnostic du début de la phtisie est difficile à poser ; combien ces signes locaux quelquefois imperceptibles, seuls ou combinés à d'autres signes physique ou fonctionnels, irrégulièrement éparpillés à distance, doivent permettre rarement d'affirmer le début du mal.

Dans ce travail, nous présentons quelques observations, prises parmi les très nombreuses qui ont été

publiées sur ce sujet, et qui nous montrent qu'il serait peut-être souvent facile de faire un diagnostic exact et précoce, dans des cas même où l'on pouvait supposer que la recherche des bacilles dût être stérile.

HISTORIQUE

En 1882, Kock publiait sa découverte. La même année, Lichtein, Ziehl, Detwiler et Meissen trouvaient toujours les bacilles dans les cas de tuberculose confirmée ; Wobly arrivait au même résultat, et concluait que « la découverte des bacilles dans les crachats est une preuve certaine de phtisie, même si les signes objectifs manquent ; que l'absence des bacilles ne prouve pas l'absence de tuberculose, et que le nombre des bacilles n'a aucune signification pronostique. »

Hiller publiait en 1883, trois observations dans lesquelles on avait constaté la présence des bacilles avant tout autre symptôme.

Dans sa thèse (1883), Sauvage préconise l'avantage de cette méthode pour le diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire et cite un certain nombre d'observations où il put constater la présence des bacilles dès la première atteinte de l'affection.

Hugueny rapporte une observation où les bacilles purent être constatés dans les crachats muco-purulents succédant à l'hémoptysie, alors qu'aucun autre

symptôme clinique n'indiquait la véritable cause de l'hémoptysie.

Cochez (1881) cite un cas semblable, puis quelques observations où les bacilles parurent en même temps que les premiers symptômes auscultatoires.

G. Sée (1883) présente des observations dans lesquelles à la suite d'hémoptysies sans autre symptôme on trouve des bacilles.

Nous rapportons plus loin quelques autres observations tirées de cet auteur, dans lesquelles sans hémoptysie, sans aucun symptôme clinique, on rencontra des bacilles. Aussi conclut-il à « la supériorité de cette méthode, qui ne se contente pas du modeste rôle de compléter le diagnostic, ce qui n'est rien, mais qui permet d'établir le diagnostic d'une manière immédiate, ce qui est toute la préoccupation du médecin, tout l'avenir du malade » (1).

Pour le professeur Grancher, dans la phtisie commune, les symptômes les plus précoces sont l'affaiblissement et la rudesse du bruit respiratoire, dans certains cas cependant il put trouver des bacilles en même temps qu'apparaissaient ces premiers symptômes : « dans la forme pneumonique à ramollissement très rapide, on peut trouver des bacilles, lorsque le diagnostic fondé sur les signes physiques est encore dou-

(1) G. SÉE. Phtisie bacillaire. 1883.

teurs. Il en est de même quand la tuberculose débute par une hémoptysie, on se cache sous les traits d'une bronchite diffuse avec ou sans emphysème. Alors la présence des bacilles est le meilleur de tous les signes » (1).

Nous lisons dans Mackenzie : « Koch, en découvrant le microbe pathogène de la tuberculose dans l'expectoration, a rendu l'examen des crachats indispensables au médecin. Cette analyse prend rang dans la clinique à côté de la percussion et de l'auscultation. Elle est plus importante que les signes physiques seuls : ces derniers ne fournissent que des présomptions, ils peuvent induire en erreur s'ils ne sont pas contrôlés par le microscope, ils n'offrent pas la précision qu'on doit attendre de la médecine clinique.

« Les auteurs admettent avec une telle unanimité, qu'on ne trouve pas dans les crachats le bacille de Koch en dehors de la tuberculose que ce fait est érigé en axiome.

« Pour tirer une conclusion exacte d'une observation négative, il faut que les examens aient été répétés par des observateurs soigneux et expérimentés. On peut ne pas trouver des bacilles parce qu'ils n'existent pas, mais aussi parce que les préparations ont été défectueuses, ou bien encore qu'on n'est pas familia-

(1) GRANCHER, Maladies des voies respiratoires, 1890 p. 189.

risé avec les règles qui régissent la présence des bacilles dans les crachats. Il est rare lorsque les poumons renferment des bacilles qu'avec des examens bien faits et répétés on n'arrive pas à en trouver dans les crachats. C'est là un fait d'observation qui ne souffre guère d'exception que dans la phtisie fibreuse.

« L'absence des bacilles permet d'établir le diagnostic des maladies non tuberculeuses, résultat auquel dans la plupart des cas, il eut été impossible d'arriver à l'aide des symptômes et des signes physiques seuls » (1).

Dans des thèses récentes. (Morault 1893, Taburet 1894), nous trouvons encore quelques observations intéressantes dans lesquelles le microscope seul permet de faire un diagnostic précoce et sûr.

Le professeur Straus préconise aussi les avantages de cette méthode : « Il est bien entendu que cette recherche est faite en pleine connaissance de cause par une personne habituée à ces sortes d'examens et qui ne soit pas exposée, d'une part à prendre pour des bacilles de la tuberculose, des objets (bacilles étrangers, cristaux de matière colorante, etc.) qui les simulent plus ou moins grossièrement ; et d'autre

(1) MACKENZIE, d'après Leray. La clinique et le bacille de Koch. *Gazette des hôpitaux*, 16 mai 1896.

part, à laisser passer inaperçus les bacilles tuberculeux qui pourraient exister, même en très petit nombre, dans les préparations. Il arrive souvent que des commençants méconnaissent la présence des bacilles dans les crachats qui, colorés et examinés par un observateur exercé, se révèlent au contraire riches en bacilles. La première des conditions requises est donc la connaissance technique de celui qui se livre à ces investigations et qui ne s'acquiert pleinement qu'au bout d'un certain temps (1). »

Dans certains cas, cette recherche peut présenter des difficultés ; mais l'auscultation n'en présente-t-elle pas sa bonne part, et quand il s'agit de signes d'une aussi excessive finesse, le praticien risquera souvent de passer à côté ?

C'est ce que reconnaît le professeur Grancher : « l'auscultation est chose délicate et difficile » (2); et il relate un certain nombre d'observations de malades, amenés à lui par des confrères, et pour lesquels le diagnostic n'avait pas été fait en temps utile.

« La recherche par l'auscultation de l'état du parenchyme lui-même est parfois négative pour beau-

(1) STRAUS. La tuberculose et son bacille, p. 675. Paris 1895.

(2) GRANCHER. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. *Journal de clin. et de thérapeutique infantile*. 27 juin 1895.

coup d'entre nous, à cause de la ténuité des signes à percevoir, et aussi parce qu'elle est gênée par la présence de râles sibilants et ronflants, et par des signes d'emphysème aigu vicariant.

« Si, avec Grancher, on peut dire que la diminution et la rudesse du murmure vésiculaire, est un des symptômes les plus précoces, on ne devra pas oublier que la présence dans les crachats du bacille de Koch n'a pas une moindre importance et qu'en pratique on devra rechercher ces deux indices du début de la phtisie avec le même soin » (1).

(1) HANOT. Début de la phtisie pulmonaire, *Sem. médic.*, 9 oct. 1895, p. 433.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Thèse de COCHEZ. Obs. I).

Un homme de 68 ans, entré le 10 octobre 1883, salle Magendie, 1, service M. Hayem, hôpital St. Antoine.

Cet homme, misérable depuis plusieurs mois, et se sentant fatigué depuis 15 jours, se plaint de céphalalgie, d'insomnie, de faiblesse. La toux est peu fréquente, l'expectoration, rare, est formée de quelques crachats muco-purulents. Le thorax est maigre, mais la palpation et la percussion ne révèlent aucune anomalie. L'auscultation la plus minutieuse est presque entièrement négative : un ronflement sonore qui masque le bruit vésiculaire s'entend aux deux temps de la respiration.

Appétit nul, langue sèche, soif vive. Pas d'albumine pas de vomissements T. 38°2.

Diagnostic forcément incertain. Un homme âgé,

sans aucun antécédent, héréditaire ni personnel, de tuberculose, atteint d'un état adynamique grave sans détermination organique précise peut bien être soupçonné de phtisie aiguë, mais les signes physiques sont presque nuls, comme il arrive si souvent dans la granulie.

L'examen des crachats vint fixer le diagnostic : on y trouva des bacilles en assez petit nombre.

Pendant 10 jours, les signes physiques persistèrent sans notable modification, mais l'adynamie s'aggrava et le malade mourut le 20 octobre.

L'autopsie fit voir les 2 poumons criblés dans toute leur hauteur de granulations très petites et demi-transparentes : au centre du sommet droit, il existait une petite cavernule de la dimension d'un gros pois, entourée d'une zone étroite de granulations jaunâtres.

OBSERVATION II. (SÉE, Phtisie bacillaire, obs.I, p.199).

J'ai vu à ma consultation au mois de février, un jeune homme qui ne présentait que de la fièvre et du dépérissement : il toussait à peine, quelques râles doux à l'auscultation.

Au bout de quelques jours seulement il put me procurer deux crachats ; ils contenaient de nombreux

bacilles, et la maladie en effet suivit une marche aiguë, qui n'est que trop caractérisée aujourd'hui.

OBSERVATION III. (G. SÉE *loc. cit.* obs. 2).

Bronchite aiguë, grippale, datant de 3 semaines et caractérisée par des râles muqueux disséminés, exactement comme dans la grippe ; on constate dès le début la présence des bacilles dans les crachats ; 12 jours après, on trouva des craquements humides au sommet du poumon droit.

OBSERVATION IV. (G. SÉE, *loc. cit.* obs. 3).

Bronchite subaiguë chez un alcoolique et tabagique. Râles sous-muqueux, disséminés sans aucune localisation, aux sommets, sans fièvre, sans amaigrissement.

On devait croire à un catarrhe simple : un examen répété des crachats montra des bacilles.

Cet auteur cite encore quelques observations d'hémoptysies, n'ayant laissé que quelques râles fugaces, disséminés, et dans lesquelles on rencontra des bacilles.

OBSERVATION V. (Thèse MORAUULT, obs. 1).

L..., 25 ans, étudiant en médecine, en janvier 1892 a quatre légères hémoptysies en une dizaine de jours ; il rend de 5 à 20 crachats de sang pur, dans les crachats muco-sanguinolents qui suivirent la dernière hémoptysie, nous trouvons les bacilles de la tuberculose.

Jusque-là, L..., a joui relativement d'une bonne santé. Pas d'antécédents héréditaires : à 22 ans, fièvre typhoïde légère. Était-ce une fièvre typhoïde, n'était-ce pas un cas de fièvre prétyphoïdique comme l'enseigne le professeur Landouzy, nous ne saurions répondre ; mais le docteur qui le soignait ne se souvient pas avoir remarqué les taches rosées lenticulaires.

En mars 1890, L..., a présenté tous les symptômes de l'impaludisme, tous les jours accès de fièvre, qui cédèrent au sulfate de quinine, administré pendant plusieurs semaines. Le teint était terreux, le foie et la rate augmentés de volume.

Depuis lors rien à noter, sinon un léger accès fébrile d'une huitaine de jours, au printemps 1891, accès cédant rapidement au sulfate de quinine.

L'auscultation faite au moment de l'hémoptysie, ne présenta rien à noter d'une façon précise.

L..., qui s'était surmené pour cause d'examen et de concours, abandonne momentanément ses études et se repose quelques mois à la campagne.

Pendant le courant de l'année, il rend le matin généralement quelques crachats, dans lesquels nous retrouvons presque chaque fois que nous les avons cherché, les bacilles de Koch.

En octobre de la même année, expectoration plus abondante, avec nombreux bacilles.

A l'auscultation, actuellement léger emphysème.

L'état général est du reste très bon ; appétit bien conservé, pas d'amaigrissement, pas de fièvre. Les seuls symptômes sont : une légère dyspnée pour des efforts insignifiants ; de temps en temps un peu de toux et une légère bronchite sans fièvre.

OBSERVATION VI. Thèse MORAULT, obs. 4).

Une jeune fille de 19 ans vint en octobre 1890, sur les conseils de son docteur habituel, consulter les sommités médicales de Paris, pour un état de langueur et d'anémie persistantes.

Examinée par nos plus illustres cliniciens, les réponses faites à leur collègue de province ne furent pas concordantes. Pour les uns, il y avait une légère diminution du murmure respiratoire, et ils faisaient pres-

sentir la possibilité d'une tuberculose latente ; les autres n'osaient se prononcer.

Quelques mois plus tard en mai 1891, ayant eu l'occasion d'examiner les quelques très rares crachats qu'elle expectorait, nous avons constaté une prodigieuse quantité de bacilles, alors qu'en ce moment encore, d'après le docteur qui la soignait, les symptômes fonctionnels étaient à peu près nuls.

Peu de temps après, du reste, ces symptômes parurent, s'accrochèrent rapidement, et 15 mois plus tard la jeune fille succombait à la phthisie.

OBSERVATION VII. (Obs. 3. Thèse TABURET).

En 1884, A.... 26 ans, terminant ses études médicales, a plusieurs hémoptysies abondantes (au moins la valeur d'un verre à chacune.)

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires.

Après ces hémoptysies, A... se repose dans le midi, quelques mois, puis reprend ses occupations.

En 1888, nous dit-il, l'expectoration étant devenue plus abondante, il fait examiner ses crachats qui contenaient une notable quantité de bacilles.

Au mois de mai 1893, ayant l'occasion de l'examiner, nous constatons de légers craquements dans

les deux sommets et quelques râles de bronchite ; ses crachats contenaient de nombreux bacilles.

A... semble très vigoureux ; il n'a pas eu d'amaigrissement notable ; il passe tous les hivers dans le midi.

Nous le retrouvons en juin 1894 dans le même état.

OBSERVATION VIII. (Obs. 8. Thèse TABURET).

C... étudiant en médecine, 20 ans, faisant en ce moment son année de service militaire, à Paris, a, le 2 juin 1894, une hémoptysie d'un demi-verre à peine.

Depuis, il a eu 2 légères reprises.

Aucun antécédent héréditaire ; pas d'antécédents personnels.

Il est, dit-il, d'un tempéramment nerveux ; mange bien, dort bien, ne transpire pas la nuit, ne souffre aucunement ; aussi ne se considère-t-il pas comme malade.

Au régiment il a été examiné par deux médecins, qui ne trouvant rien aux poumons, et connaissant la nervosité du jeune homme, lui déclarent qu'il n'y a pas de quoi s'inquiéter, que l'hémoptysie est vraisemblablement d'origine nerveuse.

Sur les conseils d'un de ses camarades, il apporte cependant à examiner les crachats sanguinolents qu'il rend encore le matin. Nous les examinons au laboratoire de médecine expérimentale avec notre ami le docteur Leray, et dès la première préparation nous trouvons une grande quantité de bacilles.

Nous auscultons C..., qui ne présente comme altération du bruit respiratoire qu'un peu de rudesse et quelques râles au sommet droit; pas d'altération de sonorité.

OBSERVATION IX. (*Semaine médicale*, clin. du docteur Hanot, 9 octobre 1895).

« Jeune femme de 21 ans, entrée le 13 mars 1895, offrant la symptomatologie complète de cette maladie pulmonaire, décrite pour la première fois par le professeur Grancher, sous le nom de spléno-pneumonie. Sans hérédité tuberculeuse, elle semblait de très forte constitution; elle était grande, fortement musclée, haute en couleur. On ne trouve d'abord dans les crachats que des pneumocoques, mélangés plus tard de streptocoques et de staphylocoques.

« Six semaines environ après le début brusque de l'affection. Les signes physiques, la fièvre et l'expectoration étaient restés sensiblement les mêmes; mais la

malade avait notablement pâli et maigri. Je suspectai la tuberculose pulmonaire. Quelques jours après, le 7 mai, on notait des bacilles de Koch dans les crachats, où l'on en a toujours retrouvé depuis. La jeune femme, après être allée passer plusieurs mois chez elle, est revenue reprendre son lit dans la salle Grisolle. C'est aujourd'hui une phtisique avancée, chez laquelle l'examen de la poitrine montre, en plus de l'excavation sous-claviculaire droite, des lésions diffuses ; elle est vieilliée, décharnée, ne se lève plus, ne mange plus. »

Quelques jours après que paraissaient ces lignes, la jeune femme succombait à son mal.

OBSERVATION X. (*Société médicale des hôpitaux*, 22 février 1895. p. 156. FERNET).

F... 22 ans, domestique. Tousse de temps en temps depuis deux ou trois mois.

Début de la pleurésie, il y a quinze jours, par frissons point de côté à droite, toux sans expectoration et en même temps symptôme d'un état infectieux gastro-intestinal (bouche pâteuse, subictère des conjonctives, diarrhée provoquée par des purgatifs). Pendant tout ce temps, la malade fut obligée de garder le lit.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, les symptômes précédents persistent, et nous constatons tous les signes physiques d'un épanchement remontant en arrière jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse. Nous ne trouvons, d'autre part, aucun caractère avéré de tuberculose pulmonaire.

Ponction : 1.400 gr. de liquide séro-fibrineux, déposant par le repos un gros bloc de fibrine. (Caractères d'une pleurésie séro-fibrineuse ordinaire.)

Examen bactériologique (Girode). « L'ensemencement du liquide en divers milieux n'a fourni aucun résultat. L'inoculation au cobaye de 1/2 cent. cube est restée également négative. L'examen d'un petit fragment de caillot a montré deux groupes bacillaires présentant les réactions du bacille de Koch. »

Le soir de la ponction, la température s'éleva à 40°6, mais pour retomber le lendemain à 37° 8 et de ce jour, elle ne dépasse plus 37° 6 jusqu'à la fin de la maladie.

Après cette ponction, qui semblait avoir enlevé la presque totalité du liquide épanché, celui-ci ne parut pas se reproduire et pendant les sept semaines que le malade passa à l'hôpital, on ne constata pas autre chose que de la matité à la percussion et de l'absence presque complète du bruit respiratoire dans le tiers inférieur de la poitrine en arrière : l'examen des sommets n'a jamais donné de signe net de tuberculose.

Malgré l'amélioration réelle dans l'état général, en même temps que l'état local, la malade était encore, quand elle est sortie de l'hôpital, assez faible et assez pâle.

OBSERVATION XI. (id., p. 159).

H..., 57 ans, vendeur au panier. Alcoolique. Ce malade était entré à l'hôpital, le 17 juillet 1893, et à ce moment le diagnostic avait été : gastrite éthylique, bronchique chronique. Son état était passable, lorsque, le 20 août (trois jours avant, le malade avait eu le soir, un accès de fièvre passager, température 39°8) il se plaignit de douleurs de poitrine, siégeant principalement à gauche et provoquées par la toux ; huit jours plus tard, la toux et la douleur de côté persistant, d'ailleurs sans oppression et sans fièvre notable, l'examen de la poitrine révélait les signes d'une pleurésie gauche avec épanchement abondant, remontant en arrière, jusqu'à l'épine de l'omoplate, en avant jusqu'à la troisième côte. Cœur déplacé, pointe sous le sternum.

Ponction : 1.600 gr. de liquide clair, très fibrineux, à caillot dense et tenace.

Examen bactériologique (Girode). « L'examen microscopique du coaguleux montre des staphylocoques

et quelques bacilles de Koch. Les cultures ont développé de l'albus peu actif et non virulent. Pas d'action tuberculigène chez le cobaye, qui a reçu dans le péritoine 1/2 centim. cube de liquide sans le caillot. »

L'épanchement ne se reproduit pas.

Le malade continuait à tousser et à cracher, il maigrissait un peu et accusait des transpirations toutes les nuits. Voici ce que deux mois après la ponction, l'examen de la poitrine révélait : quelques reliquats de la pleurésie (diminution de la sonorité et des vibrations thoraciques, exagération dans le quart supérieur), des râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine, et enfin de la respiration rude aux deux sommets avec quelques crépitations.

Trois semaines plus tard, un nouvel examen faisait constater quelques signes physiques qui conduisaient à admettre l'existence d'une tuberculose pulmonaire du sommet gauche comme très probable.

Le 27 janvier 1894, le malade a une hémoptysie (c'est la première), il rend les deux tiers d'un crachoir de sang, et pendant deux jours il continue à rejeter quelques crachats sanglants.

Cependant l'état général du malade se maintient assez bon, les lésions thoraciques ne paraissent pas évoluer d'une façon sensible ; il sort de l'hôpital le 6 février.

Il y rentre un mois plus tard, plus affaibli, plus

pâle et plus maigre qu'à son départ. Pas de nouvelle hémoptysie. Les lésions bacillaires paraissent avoir une évolution lente, elles ont peu progressé, on trouve cependant des signes physiques évidents dans le lobe supérieur gauche. »

OBSERVATION XII. (id. obs. XIV p. 159).

F. . 34 ans, couturière, a commencé, il y a deux mois, à ressentir de la gêne respiratoire, et de l'oppression à la suite du moindre effort. Il y a quinze jours, elle eut le soir, un accès de fièvre suivi de sueurs ; depuis lors, point de côté, oppression croissante ; la veille de l'entrée, accès de dyspnée pendant la nuit et perte de connaissance pendant quelques instants.

Nous trouvons une pleurésie droite avec épanchement moyen remontant à un travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Fièvre rémittente 37-38 degrés.

Cinq jours plus tard, l'épanchement a augmenté et s'élève à trois travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Ponction : 800 gr. de de liquide séreux incomplètement transparent ; caillot fibreux très développé, hémorragique.

Examen bactériologique (Girode). Les milieux en-

semencés sont devenus stériles : cependant un bouillon dans lequel a été agité une portion de coagulum montre dans le dépôt de nombreux éléments d'un coccus qui paraît bien appartenir au type des staphylocoques pyogènes, d'autre part l'examen approprié d'une partie du coagulum met aisément en relief la présence de quelques bacilles tuberculeux typiques. »

La malade est examinée de nouveau au point de vue de la tuberculose : on ne trouve rien dans ses antécédents personnels avant la maladie actuelle, et l'examen physique attentif des sommets ne révèle rien autre chose qu'une légère différence de tonalité à la percussion du côté droit en avant.

A la suite de la ponction, on constate les signes d'un petit épanchement qui persiste et atteint l'angle inférieur de l'omoplate. Huit jours après la première ponction, cet épanchement paraissant persister, une seconde ponction est proposée, mais refusée par la malade.

D'ailleurs, dans les jours qui suivent cet épanchement diminue et au bout d'une huitaine de jours, il n'en reste qu'une très faible quantité. La malade peut sortir de l'hôpital et partir pour la campagne trois semaines après la thoracentèse.

OBSERVATION XIII (personnelle).

S..., externe des hôpitaux, préparant l'internat, enrhumé dit-il, depuis un mois, toussant moins, mais encore notablement le matin, et rendant quelques crachats muco-purulents, fait examiner ses crachats.

Il allait et venait, vaquant à ses occupations journalières, mangeant et dormant comme d'habitude, se sentant seulement un peu affaibli. L'auscultation faite avec soin, resta négative et cependant les crachats renfermaient des bacilles.

Aussi S..., sur les conseils du professeur H..., partait-il se reposer à la campagne, abandonnant ses travaux.

Trois semaines environ après, survinrent deux ou trois hémoptysies, venant confirmer le diagnostic fait hâtivement par le microscope.

Nous avons revu S... ces jours-ci, il a engraisié considérablement, a repris, dit-il, ses forces physiques et intellectuelles.

Il a encore quelques crachats perlés le matin, mais ces crachats ne renferment plus de bacilles.

OBSERVATION XIV (personnelle).

H..., étudiant en médecine, 27 ans, externe dans le service du professeur D....., est pris en avril 1893, de trois légères hémoptysies. Quelques crachats de sang pur, suivis de crachats muco-sanguinolents. Pas d'antécédents tuberculeux; à l'auscultation pratiquée à ce moment, on constate une très faible diminution du murmure respiratoire au sommet gauche. La modification est si faible qu'on ne peut se baser sur l'examen clinique et que l'on fait examiner les crachats, dans lesquels on constate une assez notable quantité de bacilles.

Après quelques mois passés à la campagne, sans nouveaux incidents, le malade eut une poussée de granulie, qui l'emporta en quelques semaines.

OBSERVATION XV (personnelle).

V... 36 ans, valet de chambre, sans antécédents héréditaires, ni personnels, ayant perdu au mois de mars 1896, une fillette de 8 ans de péritonite probablement tuberculeuse, (l'enfant était très sujette aux bronchites), est pris le 9 août d'une douleur très vive

dans l'épaule droite ; il l'attribue à un refroidissement contracté en voyageant de nuit dans un train.

Trois jours après, il éprouve deux ou trois violents frissons ; pendant trois jours aucun symptôme ; puis le 16, il ressent un point de côté à droite. Température 38°4.

On constate à ce moment quelques légers frottements en arrière, vers le milieu du poumon droit, et l'on diagnostique une pleurésie droite avec léger épanchement.

Peu de jours après le malade se plaint d'une douleur à l'aîne gauche, et l'on sent en effet le gonflement de la région ; puis tout le membre devient douloureux, la veine fémorale et le staphène externe forment des cordons durs.

Le membre droit se prend également : le malade a une phlébite double.

Les phénomènes pulmonaires s'amendent, la fièvre diminue ; le 28, température 37,7.

L'amélioration n'est que passagère, la température s'élève de nouveau, atteignant 39,4, le 4 septembre ; le malade rend quelques crachats de sang pur ; dans les crachats muco-purulents qui suivent on trouve des bacilles de Koch.

Des phénomènes se passent alors à la base du poumon gauche ; le malade éprouve une certaine douleur ; des râles crépitants s'entendent au niveau de la

base gauche, sur une étendue de 8 à 10 centimètres.

La submatité fait place bientôt à la matité ; celle-ci va s'accroissant, le murmure respiratoire a disparu dans presque toute l'étendue du poumon gauche ; au sommet, en avant et en arrière seulement, on entend une respiration soufflée ; la pointe du cœur bat derrière le milieu du sternum ; la respiration devient courte, la dyspnée va en augmentant, les narines se dilatent, le malade ne repose plus, le pouls est faible ; il y a quelques épistaxis.

Le liquide remonte au-dessus de la troisième côte ; la thoracentèse est pratiquée sans incident, l'on retire 1 litre d'un liquide séro-hémorrhagique.

La fièvre persiste quelques jours encore ; puis le liquide finit par disparaître en même temps que la fièvre.

Depuis le 8 octobre plus de fièvre.

Les indurations des veines ont disparu à peu près complètement vers le 15 novembre.

Le malade se nourrit abondamment, il prend six cuillerées d'huile de foie de morue par jour ; il engraisse considérablement, reprend ses forces, se lève ; on entend quelques très légers craquements à la base gauche, au point où avaient paru les râles crépitants.

Nous voyons par ces quelques exemples, de quel secours peut être l'emploi du microscope dans des cas

où, d'après certaines données classiques, l'on pourrait supposer que cette recherche des bacilles doit être vaine.

Comparons, en les groupant, ces diverses manifestations d'une seule et même maladie : la tuberculose.

I. Début par une phase anémique : Dans les observations I, II, VI, l'on rencontra des bacilles, alors que comme symptôme à peu près unique, existait une sorte d'anémie de nature indéterminée.

Relativement à ces formes. M. Espinosa y Capo, de Madrid, disait au Congrès de la tuberculose en 1889 : « Cette période, semblable à la phase prodromique des maladies aiguës, peut dans un temps suffisamment antérieur aux premiers phénomènes, reconnus par tous, particuliers aux tubercules, mettre sur la voie d'un diagnostic précoce et permettre de tenter avec un succès presque certain, un traitement plus ou moins pathogénique par lequel on évitera les conséquences d'une tuberculose déclarée. Il y a dans cette période, qui d'après M. d'Epinosa, est très caractéristique, des symptômes incontestables et presque pathognomoniques, qui distinguent cette anémie de toutes les autres.

Outre que l'on peut déjà trouver le bacille de Kock dans les exsudats, nous tâcherons d'en fixer les caractères afin qu'on puisse les reconnaître, même dans les endroits les moins faciles à explorer.

« Comme il est difficile de préciser le moment où tombe le germe bacillaire, il nous faut prendre le point de départ de cette phase dans les premiers symptômes qui tourmentent le malade et l'obligent à solliciter alors les soins du médecin (toux sèche et par accès, puis humide et continue; aphonies intermittentes, aménorrhée, et ce qui est plus caractéristique, de la dyspnée dans les exercices brusques).

« Tels sont les signes diagnostiques de présomption d'une tuberculose primitive du poumon, sans antécédents pneumoniques aigus, sans pleurésie antérieure, et sans laryngo-bronchite spécifique, qui puissent prédisposer au développement du tubercule. Celui-ci étant en échange, la cause des processus phlogistiques ultérieurs et périphymiques. La présence du bacille de Koch affirme le diagnostic de présomption, il le change en diagnostic d'évidence.

« Mais comme pour trouver le bacille, il nous manque les produits d'exsudats libres qui le rejettent au dehors, et que ces exsudats n'existent pas encore dans la période germinale, on comprendra aisément que dans la phase anémique, lorsque le bacille est en circulation, lorsque la semence est dans son travail souterrain et silencieux, nous ne pouvons arrêter au diagnostic d'évidence presque en aucun cas (1) ».

(1) ESPINOSA Y CAPO. Du diagnostic précoce de la tuberculose. *Congrès de la tuberculose*. Paris. 1889.

Par les exemples cités et qu'il eut été aisé de multiplier, on voit que cette recherche n'est pas toujours stérile, et nous sommes persuadés qu'en insistant auprès de certains malades, qui disent ne pas tousser, ne pas cracher, on arriverait cependant à obtenir quelques rares crachats, suffisants pour faire le diagnostic.

II. *Des bronchites tuberculeuses.* Dans les exemples que nous rapportons (obs. III, IV) et qui sont loin d'être rares, l'examen microscopique seul a permis de faire le diagnostic. Nombre de bronchites considérées comme vulgaires ne sont, en réalité, que des manifestations primitives de la tuberculose.

C'était l'avis de Hanot : « Il n'est pas rare que des individus finissent par devenir phtisiques, après avoir présenté à plusieurs reprises des bronchites, des laryngites, voir même des rhinites aiguës, on peut supposer que ces inflammations à répétition représentaient des atteintes de tuberculose restées atténuées et avortées.

Il est des bronchites aiguës tuberculeuses devant la phtisie pulmonaire ; qu'il est possible maintenant de diagnostiquer par l'examen bactériologique des crachats. La recherche par l'auscultation de l'état du parenchyme lui-même est parfois négative pour beaucoup d'entre nous, à cause de la ténuité des signes à percevoir et aussi parce qu'elle

est gênée par la présence de râles sibilants et ronflants et par des signes d'emphysème aigu vicariant.

Dans quelques cas cependant, la localisation, ou tout au moins la prédominance à l'un des sommets des râles secs de bronchite aiguë, mettra sur la voie du diagnostic.

« J'ai vu plusieurs fois des individus atteints de bronchite aiguë présenter des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons et chez qui ces râles prédominaient très nettement à l'un des sommets. Ils sont devenus tuberculeux plus ou moins longtemps après, et la tuberculose s'est développée d'abord sur le sommet où la bronchite avait prédominé » (1).

III. *Des Phthisies hémoptoïques.* (Obs. V. VII. VIII.). Les anciens auteurs, Laënnec, Louis, Andral, Pildoux, considéraient l'hémoptysie comme à peu près synonyme de phtisie. Peter (1879) écrivait : « Étant donnée une hémoptysie qui n'est pas supplémentaire ou hémophylique, le problème est de savoir, si elle dérive de la tuberculose pulmonaire ou d'une affection du cœur. Or s'il n'existe aucun souffle organique au cœur, et bien qu'on entende rien d'anormal au poumon, l'hémoptysie est vraisemblablement d'origine tuberculeuse. »

(1) HANOT. Début de la phtisie pulmonaire. *Semaine médicale*, 9 oct. 1895, p. 490.

Dans l'article, hémoptysie, du dictionnaire de Dechambre, nous voyons Widal rejeter l'arthritisme comme cause suffisante d'hémoptysie : « Les hémoptysies ayant une origine étrangère à la tuberculose sont comparativement si rares, si exceptionnelles, « beaucoup d'entre elles sont elles-mêmes si suspectes d'origine néoplasique, qu'en thèse générale il est permis de dire que la plupart des hémoptysies, tant soit peu abondantes et durables se rattachent plus ou moins immédiatement à la tuberculose.

« Les caractères sur lesquels s'appuie M. Huchard, tels que l'apparition brusque, l'abondance de l'hémoptysie, la conservation de la santé générale, ne semblent pas d'une bien grande valeur, car il est quantité d'hémoptysies tuberculeuses présentant ces caractères, qui ne font pas maigrir non plus les malades et qui guérissent temporairement, ou même définitivement, parce que le tubercule qui leur a donné naissance a avorté et s'est transformé en tissu inoffensif.

« Nous ne voulons pas nier l'hémoptysie arthritique, mais jusqu'ici elle ne nous paraît pas suffisamment démontrée par les faits » (1):

G. Sée admet que la tuberculose est la cause habituelle de l'hémoptysie ; il rejette les hémoptysies arthri-

(1) WIDAL. *Dictionnaire Dechambre*. Art. Hémoptysie, 1888.

tiques de M. Huchard : « Si les malades guérissent de l'hémoptysie, je ne vois là aucun argument plausible pour baptiser cette hémoptysie du nom d'arthritique.

« Que le crachement de sang arrive chez un gouteux ou chez un individu de race pure, il n'en est pas moins bacillaire et pas moins curable ; c'est cette curabilité fréquente et absolue, qui avait trompé Andral, Ilérard, Cornil et, en dernier lieu Huchard, qui rejettent l'origine tuberculeuse de ces hémorrhagies » (1).

Néanmoins beaucoup d'auteurs admettent aujourd'hui l'arthritisme comme cause possible d'hémoptysie : « la répétition et l'innocuité des hémorrhagies pulmonaires pendant de longues années, dit Grancher, nous autorisent à chercher ailleurs que dans le tubercule, la cause qui le provoque ; et lorsque pendant 30 ou 40 ans, des hémoptysies abondantes se sont montrées inoffensives ou même salutaires, nous avons le droit, avec Huchard, d'invoquer l'arthritisme.

« Mais cette opinion si légitime qu'elle soit, manque de preuves et la découverte du bacille de Koch n'est pas venue donner la solution du problème. Il ne suffit pas, à mon avis, de constater l'absence du bacille dans le sang des hémoptysies pour écarter la tuberculose ; je suppose ce qui n'est pas que l'examen mi-

(1) SÉE. Phtisie pulmonaire. Paris, 1883.

croscopique soit impeccable, et qu'il soit appuyé sur des inoculations négatives ; j'accepte en un mot que dans le sang de l'hémoptysie la plus abondante il n'existe aucun microbe ; qu'est-ce que cela prouve ? que cette hémoptysie ne coïncide pas avec un ramollissement » (1).

Pour M. Marfan : « L'hémoptysie est un des symptômes les plus importants du début de la phtisie. Très souvent elle est le phénomène initial, l'accident révélateur de la maladie (2).

De nombreuses observations dans lesquelles on pût constater la présence de bacilles dans les crachats muco-sanguinolents qui suivent les hémoptysies, ont été publiées.

Les observations (V, VII, VIII) que nous empruntons à la thèse de Taburet sont démonstratives à cet égard : « les formes de tuberculoses pulmonaires dans lesquelles l'hémoptysie est le symptôme primordial, quelquefois unique, ne sont pas aussi rare que certains auteurs semblent l'admettre. La possibilité de constater la présence des bacilles dans les crachats dès ce moment, dans un grand nombre de cas est une preuve de la nature le plus souvent tuberculeuse de l'hémoptysie (3). »

(1) GRANCHER. Maladies des voies respiratoires.

(2) MARFAN. Art. Phtisie. Traité de médecine, 1893.

(3) TABURET. Contribution à l'étude de la valeur séméiotique

IV. Pleurésie et tuberculose (observ. X, XI, XII, XIII). — Le professeur Grancher, décrivant la tuberculose pleuro-pulmonaire, écrit (3) : « Cette forme est caractérisée par un double processus de la plèvre et du poumon, qui s'associent au début de la maladie, pour dépister tout diagnostic. En effet, le malade semble atteint de pleurésie simple et dans la majorité des cas, les choses s'arrangent de telle sorte que les lésions du poumon passent inaperçues dans le cours de la pleurésie, aussi bien qu'immédiatement après sa guérison apparente. »

« Puis, après avoir rapporté quelques observations de pleurésies suivies de tuberculose, l'auteur étudie les rapports unissant les deux affections et les hypothèses que l'on peut poser : « Ou bien le malade a-t-il souffert successivement d'une pleurésie, et plus tard d'une phtisie pulmonaire qui n'ont de commun que le malade qui les porte ? (1^{re} hypothèse).

« La pleurésie et la phtisie ne sont que deux actes séparés d'un même état pathologique. La pleurésie était tuberculeuse ; elle a guéri et plus tard les lésions pulmonaire le sont venues à leur tour. 2^e hypothèse).

« Enfin, on pourrait soutenir encore que la pleu-

de l'hémoptysie au début de tuberculose pulmonaire. — *Thèse de Paris, 1894.*

(1) GRANCHER Maladies de voies respiratoires, page 293.

résie a été la cause déterminante de la phtisie, soit par une action directe, en provoquant la fluxion pulmonaire, soit par une influence indirecte, en abaissant le niveau des forcès.

« Sachez que toutes ces hypothèses ont été proposées, car les médecins ont remarqué depuis longtemps que le phtisique d'aujourd'hui est le pleurétique d'hier. Ce qu'ils ont méconnu, c'est la relation des deux processus. L'évolution isolée de la pleurésie et de la phtisie a masqué leur association primordiale.

« Il faut donc savoir reconnaître dès l'origine, c'est-à-dire en pleine phase pleurétique, l'état vrai du poumon. Quand on aura constaté que la pleurésie s'accompagne de lésions pulmonaires ; quand on aura vu que la pleurésie peut guérir et le malade revenir à une santé apparente, quand on aura vu enfin ces lésions évoluer à leur tour et la phtisie s'affirmer, on comprendra la filiation des accidents, leur origine contemporaine et leur évolution successive...

« Car je suis convaincu de la guérison relativement facile de cette forme de tuberculisation pulmonaire ; beaucoup d'anciens pleurétiques ont cicatrisé ou sclérosé leurs tubercules naissants et sont rentrés dans le groupe de ces tuberculeux sans le savoir, qui meurent dans un âge avancé de tout autre chose que de la phtisie. »

« Malheureusement, par indocilité ou par insou-

ciance, beaucoup de malades, au lieu de profiter du moment de répit qui sépare les deux phases de leur mal, recommencent leurs excès de travail ou de boisson et la phtisie reprend sa marche momentanément suspendue.

« J'espère, Messieurs que vous saurez les éclairer sur le danger auquel ils s'exposent, car vous saurez désormais reconnaître cette variété de phtisie pulmonaire, qui se masque sous une pleurésie franche ou insidieuse, et vous ne vous laisserez pas tromper par le retour apparent de la santé qui coïncide avec la disparition de l'épanchement.

« Vous vous souviendrez enfin que l'auscultation attentive est ici plus nécessaire, que la recherche des bacilles tuberculeux ne vous sera d'aucun secours : ces bacilles sont absents, pendant toute la phase pleurétique et tout l'intermède qui la sépare de la phase pulmonaire. Le plus souvent les malades toussent et ne crachent pas. »

Nous savons aujourd'hui que dans un certain nombre de cas, on a pu déceler les bacilles dans le liquide épanché, ou comme dans l'observation XV dans les quelques très rares crachats rendus pendant la phase pleurétique.

Pour beaucoup d'auteurs, la pleurésie dite *a frigore* est de nature tuberculeuse. C'est ainsi que pour G. Sée : « la pleurésie prétendue simple n'est qu'une

pleurésie dont la nature a été méconnue. La tuberculose est la condition étiologique la plus habituelle de la pleurésie ; on peut dire hardiment qu'elle représente la cause réelle dans les trois-quart des cas » (1).

Kelsch et Vaillard (2) par l'anatomie pathologique, Chauffard et Gombault (3), Netter (4) par l'analyse bactériologique de l'exsudat pleurétique, ont pu dans un certain nombre de cas, déterminer la nature tuberculeuse de pleurésies séro-fibrineuses. Pour le professeur Landouzy « les pleurésies dites *a frigore* sont fonction de tuberculose apparente ou cachée, et de ce que l'on n'est pas en mesure de le prouver, il ne s'ensuit pas que cette tuberculose primitive n'existe pas.

« Sauf des cas absolument exceptionnels, l'épanchement pleurétique n'est pas la maladie véritable,

(1) G. SÉE. Des maladies simples du poumon, Paris 1886, p. 441.

(2) KELSCH et VAILLARD. Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la pleurésie. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1886.

(3) CHAUFFARD et GOMBAULT. Etude exper. sur la virul. de cert. épanchement de la plèvre et du péritoine. *Bullet. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1884.

(4) NETTER. Recherches exper. sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses. *Bull. de la Soc. médic. des hôpit. de Paris*, 1891.

elle n'est qu'une des manifestations d'un état général primitif, lequel, 9 fois sur 10 au moins, n'est que la tuberculose » (1).

Dans un ouvrage récent, sur le traitement des maladies des voies respiratoires, Barth, à propos des pleurésies s'exprime ainsi (2) : « Dans les ouvrages théoriques, les divisions sont faciles à établir ; les pleurésies sont classées par exemple, selon leur nature, et l'histoire de chaque espèce est présentée d'ensemble dans un chapitre distinct et dans une belle unité. Mais nous ne pouvons procéder de la sorte : obligé de nous tenir sur le terrain exclusivement clinique, et d'appuyer nos conseils thérapeuthiques sur des indications posées au lit du malade. Nous ferions œuvre vaine en nous laissant guider par des notions (*étiologiques ou bactériologiques*), qui souvent ne peuvent être établies qu'à l'autopsie, ou du moins longtemps après la terminaison de la maladie. »

N'est-ce pas faire trop abstraction des données bactériologiques ?

Voyons comment s'exprimait à ce sujet le professeur Hanot : « quelquefois la tuberculose pulmonaire débute par une pleurésie. Je ne fais pas illusion aux pleurésies qui se produisent plus ou moins long-

(1) LANDOUZY. *Gazette des hôpitaux*, p. 1001, 1884.

(2) BARTH. *Thérapeutique des maladies des organes respiratoires*, p. 285. Paris. 1890.

temps avant la phtisie et qui sont elles-mêmes de nature tuberculeuse, réalisant l'axiome connu de Landouzy : « la pleurésie est fonction de tuberculose ». Je vise ces cas où le bacille frappe simultanément le poumon et la plèvre, mais où la lésion pleurale cache la lésion parenchymateuse commençante, de telle sorte qu'elle puisse être aussi, comme ces bronchites et ces laryngites dont il vient d'être question, une dernière étape de l'agent pathogène avant d'entrer dans le poumon.

« Assez souvent, l'examen bactériologique du liquide, soumis à l'action centrifuge qui permet de reconnaître les bacilles, même s'ils sont en petite quantité, ou l'injection de ce liquide au cobaye, suivant le procédé employé pour la première fois par MM. Gombault et Chauffard, mettra hors de conteste l'origine tuberculeuse de l'altération des feuillets pleuraux. Il faut savoir toutefois que suivant les observations de Netter, Fernet, Queyrat, Grancher, etc., les résultats sont différents selon qu'on injecte le liquide à l'état frais ou après coagulation, et aussi selon qu'on en injecte une grande ou une petite quantité. Avec 1 c. c. Fernet a rarement constaté la nature tuberculeuse de la pleurésie. Queyrat avec 10 à 15 c. c. a obtenu les résultats tout opposés.

« Je rappellerai ici que les pleurésies purulentes sont fréquemment aussi de nature tuberculeuse et que la tuberculose pulmonaire débute parfois sous

forme de pneumonie tuberculeuse aiguë, dite encore pneumonie caséeuse, dont l'évolution est le plus souvent aiguë, mais dans quelques cas lentement progressive et conduisant à la phthisie commune. Il en est de même de certaines broncho-pneumonies secondaires insidieuses, comme celles de la rougeole, du diabète, de la grossesse. Que de discussions jadis sur la nature réelle des complications pulmonaires ! L'étude bactériologique des crachats y a mis fin à jamais » (1).

Pour le professeur Straus « la tuberculose est la cause la plus commune de la pleurésie dans toutes ses formes anatomiques, séro-fibrineuse, hémorrhagique, ou purulente » (2).

Pour nous, dans la pleurésie, de même que dans un certain nombre de manifestations primitives de la tuberculose, anémie, bronchite, hémoptysie, spléno-pneumonie, on peut, avant l'apparition des symptômes auscultatoires, constater la présence des bacilles : fait important à connaître, car cette notion permet d'établir un traitement hâtif, sans attendre que l'évolution de la maladie avec ses symptômes cliniques ordinaires la fasse ranger dans la classe des phthisies communes.

(1) HANOT. *Loc. cit.*, p. 431.

(2) STRAUS. *Loc. cit.*, p. 703.

CONCLUSIONS

Dans les manifestations primitives de la tuberculose, alors que les symptômes cliniques font encore défaut on peut déjà rencontrer des bacilles.

Parmi les manifestations primitives nous comptons :

- 1° L'anémie prétuberculeuse.
- 2° Les bronchites tuberculeuses.
- 3° L'hémoptysie.
- 4° La spléno-pneumonie.
- 5° La pleurésie.

Et nous concluons que nombre de phtisies déclarées ont présenté à leur début l'une quelconque de ces manifestations.

Vu par le président de la thèse

DIEULAFOY.

Vu : le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- PETER. Tuberculeux et phtisique. Paris, 1879.
- SAUVAGE. Thèse de Paris, 1883.
- HUGUENY. Thèse de Nancy, 1883.
- G. SÉE. Phtisie bacillaire, 1883.
- COCHEZ. Thèse de Paris, 1884.
- LANDOUZY. *Gazette des hôpitaux*. Pleurésie et tuberculose, 1884.
- KELSCH et VAILLARD. Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la pleurésie. Arch. de physiol. normale et patholog., 1886.
- CHAUFFARD et GOMBAULT. Et. expér. sur la virulence de certains épanchements de la plèvre et du péritoine. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1884.
- G. SÉE. Des maladies du pœumon 1886.
- VIDAL. *Dict. Dechambre*. Hémoptysie, 1888.
- ESPINOSA y. CAPO. Diagn. préc. de la tub. Congrès de la tub. Paris, 1889.
- GRANCHER. Maladies des voies respiratoires, 1890.
- NETTER. Rech. expér. sur la nature des pleurésies sérofibrineuses. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1891.
- BARTH. Thérapeutique des maladies des voies respir. 1894.
- MORAUULT. Diagnostic précoce de la tuberculose. Thèse de Paris 1894.
- TABURET. Hémoptysie et tuberculose. Thèse de Paris, 1894.

FERNET. Des pleurésies séro-fibrineuses. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.* 23 février 1895.

STRAUS. La tuberculose et son bacille. Paris 1895.

GRANCHER. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmon. *Journ. de clin. et de thérapeutique infantile*, 17 juin 1895.

HANOT. Début de la phtisie *Sem. médicale*, 9 octobre 1895.

LERAY. La clinique et le bacille de Koch. *Gazette des hôpitaux* 16 mai 1896.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	9
Introduction.....	11
Historique.....	19
Observations.....	25
Conclusions.....	57
Index bibliographique.....	58

